

FAMILY NAME		MRN
GIVEN NAME		<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE
D.O.B. ____/____/____		M.O.
ADDRESS		
LOCATION / WARD		
COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE		

Facility:

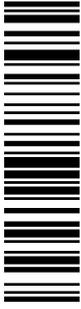
**SR1 SELF REPORT MEASURES FOR ADULTS AND OLDER PEOPLE**  
**K10 + LM - ARABIC/عربي**

تعليمات :

الأسئلة العشرة التالية تتناول مشاعرك في الأسابيع الأربعة الأخيرة. ضع علامة في الدائرة التي تعبر عن مشاعرك بشكل أفضل :

دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	إطلاقاً	
<input type="radio"/>	1. في الأسابيع الأربعة الأخيرة متى كنت تشعر بالتعب الشديد دون سبب واضح ؟				
<input type="radio"/>	2. في الأسابيع الأربعة الأخيرة متى كنت تشعر بالعصبية ؟				
<input type="radio"/>	3. في الأسابيع الأربعة الأخيرة متى كنت تشعر بالعصبية إلى حد أنه لم يوجد ما يريح أعصابك ؟				
<input type="radio"/>	4. في الأسابيع الأربعة الأخيرة متى كنت تشعر باليأس ؟				
<input type="radio"/>	5. في الأسابيع الأربعة الأخيرة متى كنت تشعر بعدم القدرة على الجلوس ساكناً ؟				
<input type="radio"/>	6. في الأسابيع الأربعة الأخيرة متى كنت تشعر بعدم الإرتياح نفسياً لدرجة أنه لم يمكنك الجلوس ساكناً ؟				
<input type="radio"/>	7. في الأسابيع الأربعة الأخيرة متى كنت تشعر بالإكتئاب ؟				
<input type="radio"/>	8. في الأسابيع الأربعة الأخيرة متى كنت تشعر بأن كل ما تفعله متعباً ؟				
<input type="radio"/>	9. في الأسابيع الأربعة الأخيرة متى كنت تشعر بالحزن لدرجة أنه لم يوجد ما يسرك ؟				
<input type="radio"/>	10. في الأسابيع الأربعة الأخيرة متى كنت تشعر بأن حياتك بلا معنى أو قيمة ؟				

الرجاء قلب الصفحة للمتابعة



SMR060965

Holes Punched as per AS2828.1: 2012  
BINDING MARGIN - NO WRITING

FAMILY NAME

MRN

GIVEN NAME

MALE  FEMALE

D.O.B. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

M.O.

Facility:

ADDRESS

**SR1 SELF REPORT MEASURES FOR  
ADULTS AND OLDER PEOPLE  
K10 + LM**

LOCATION / WARD

COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE

الأسئلة التالية تتناول كيف أثرت هذه المشاعر في نمط حياتك في الأسابيع الأربعة الأخيرة.  
قد لا تحتاج للإجابة عنها لو كانت كل إجاباتك "لم يحدث إطلاقاً" عن الأسئلة العشرة السابقة

<p><b>11.</b> خلال الأسابيع الأربعة الأخيرة كم يوماً كنت غير قادر إطلاقاً على العمل أو الدراسة أو القيام بالأعمال اليومية العادية بسبب هذه المشاعر ؟ (عدد الأيام) .....</p>
<p><b>12.</b> باستثناء هذه الأيام ؛ في الأسابيع الأربعة الأخيرة ؛ كم يوماً كنت قادراً على العمل أو الدراسة أو القيام بالأعمال اليومية العادية لكن اضطررت للتخفيف من هذه الأعمال بسبب ما تشعر به ؟ (عدد الأيام) .....</p>
<p><b>13.</b> في الأسابيع الأربعة الأخيرة كم مرة زرت طبيباً أو أخصائياً بسبب ما تشعر به ؟ (عدد المرات) .....</p>
<p><b>14.</b> في الأسابيع الأربعة الأخيرة هل كانت المشاكل الصحية الجسدية سبباً رئيسياً لما تشعر به ؟</p> <p><input type="radio"/> إطلاقاً</p> <p><input type="radio"/> قليلاً</p> <p><input type="radio"/> أحياناً</p> <p><input type="radio"/> غالباً</p> <p><input type="radio"/> دائماً</p>

نشكرك لتعبئة هذا الاستبيان.

الرجاء إعادته إلى الموظف الذي طلب منك تعبئته.

Consumer signature: .....

Date: .....

**For Care Planning Purposes:**

K10 score

Staff comments: .....

.....

.....

.....

Staff name:

Signature:

Designation:

Date: